Nr. 38 i 39. 30. września 1923 Rok II.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

JÓZEF HORNOWSKI

1874—1923

Twarde i nieugięte prawo natury położyło przedwczesny kres pracowitemu życiu, przynosząc niepowetowaną stratę nauce, stołecznej Alma mater i jej wychowankom.

W dniu 9 bm. zmarł w Warszawie profesor Józef Hornowski, niezmordowany pracownik, człowiek nauki, chluba swej uczelni. *Per aspera ad astra* — oto godło, które było dewizą Jego życia, godło, które kazała Mu z uszczerbkiem zdrowia i zaparciem Siebie oddać się niemal wyłącznie najszlachetniejszej dziedzinie ducha ludzkiego — nauce.

Urodzony w r. 1874 w Warszawie uczęszcza do gimnazjum lubelskiego, poczem w r. 1894 wstępuje na Wydział lekarski Uniwersytetu w Warszawie, który kończy w r. 1900. Następnie jako lekarz miejscowy pracuje w Szpitalu na Pradze, gdzie prócz zajęć oddziałowych z szczególnem zamiłowaniem zajmuje się anatomją patologiczną, pełniąc nawet czynności prosektora. Tu też wychodzą z pod pióra młodego pracownika pierwsze spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne, ogłoszone drukiem. Już na tej placówce uderza niezwykła pracowitość, zainteresowanie się wszelkiemi nowemi zdobyczami wiedzy i obowiązkowość św. p. Hornowskiego. Mimo wyrabiającej się praktyki nie waha się On w r. 1907 porzucić Warszawę i przenieść się do Lwowa, by objąć obowiązki asystenta w instytucie anatomji patologicznej, kierowanym przez św. p. prof. Obrzuta, by już niepodzielnie oddać się umiłowanej przez siebie anatomji patologicznej.

Zaczyna się nowy okres w Jego życiu.

Danem mi było, jako długoletniemu towarzyszowi pracy, patrzeć na niezwykły zapał do pracy, do nauki, na żelazną energję i wytrwałość, z jaką starał się wniknąć w powikłane zagadnienia życia ustroju zdrowego i chorego. Już w niedługi czas po objęciu asystentury ogłasza więc drukiem prace już to kazuistyczne, już też nawet o charakterze monografji, jak rzecz „O nowotworach serca“. Wśród dalszych Jego prac wybijają się prace z zakresu patogenezy i anatomji twardnienia tętnic, anatomiczno-histologiczne i eksperymentalne, jak »Nadnercze a miażdżyca«, »Wpływ śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny na tętnicę główną królika«, »O miażdżycowem twardnieniu tętnic, wywołanem przez przeszczepianie nadnerczy«, »Badania nad miażdżycą«, praca, w której posługuje się własnym sposobem barwienia równoczesnego włókien sprężystych i tłuszczu. Z szczególnem zamiłowaniem poświęcił św. p. Hornowski sporą część Swego życia aktualnej i interesującej gałęzi patologji — wydzielaniu wewnętrznemu. Z zakresu tego wybijają się prace nad zachowaniem się substancji chromochłonnej nadnerczy przy uśpieniu chloroformowem, przy oparzeniu i i., następnie większa praca nad grasicą i kilka innych. Wynikiem studjów nad sprawą wydzielania wewnętrznego miało być, o ile mi wiadomo, dzieło poświęcone temu działowi patologji. W uznaniu tej pracy naukowej udziela Mu Wydział lekarski w r. 1910 *veniam legendi* z anatomji patologicznej, a w r. 1914 tytuł nadzwyczajnego profesora.

W r. 1912 obejmuje prof. Hornowski prosekturę w Zakładzie dla umysłowo-chorych w Kulparkowie i urządza tamże w sposób postępowy pracownię naukową i prosektorjum.

Czas wielkiej wojny nie wytrąca Mu pióra z ręki, ukazuje się więc, mimo ciężkich warunków, kilka prac m. i z zakresu patogenezy twardziny skóry, mięsaka zielonawego, badania eksperymentalne i anatomiczne nad patogenezą i etjologją rozsianego stwardnienia rdzenia i i. W pamiętnych zaś wypadkach listopadowych r. 1918, będąc w polskiej części Lwowa, staje jeden z pierwszych w szeregu obrońców kresowego grodu i niesie nieustraszenie pomoc lekarską młodym orlątkom, za co też zostaje odznaczony Krzyżem obrońców Lwowa.

W tym ciężkim dla Wszechnicy i Wydziału lekarskiego czasie otrzymuje zaszczytne powołanie do objęcia katedry anatomji patologicznej w odzyskanym i odnowionym Uniwersytecie w Warszawie. Wszechnica Kazimierzowska i jej Wydział lekarski z żalem rozstaje się z jednym z najdzielniejszych członków, żal ten łagodzi jedynie ta myśl, że oddaje swej siostrzycy w chwili dla niej ważnej człowieka, który odpowie godnie obowiązkom trudnym, do których Go powołano. Z zapałem sobie właściwym organizuje i urządza nowomianowany profesor zakład zrujnowany przez Rosjan, przygotowuje personal asystencki, a dokonawszy tego dzieła, uważa za pierwszy obowiązek zachęcenie do pracy młodszych towarzyszów. Umie też wnieść zapał i wpoić zamiłowanie do nauki garnącym się współpracownikom; widomym znakiem tego i dowodem pozostaną zeszyty prac wydawanych z Jego zakładu. Szczere uznanie z ich strony było Mu cenną nagrodą.

Brak miejsca niepozwala na wyliczenie i ocenę prac św. p. Hornowskiego, prac nacechowanych zawsze oryginalną myślą, czy wnioskiem.

Z pracą oryginalną umiał też Zmarły dziwnie pogodzić niezwykły dar nauczania i zaznajamiania Swych uczniów z umiłowaną przez siebie gałęzią patologji. Niemniej też umiał się dzielić sporym zasobem Swych wiadomości i doświadczenia z szerokim kręgiem słuchaczów w powszechnych wykładach uniwersyteckich we Lwowie i na prowincji; Uniwersytet wykładów powszechnych zaliczał Go też do najgorliwszych prelegentów.

Nic więc dziwnego, że w uznaniu pracy naukowej i wogóle zasług zaliczyły Go w poczet członków najwyższe nasze instytucje naukowe, Akademja Umiejętności i Akademja nauk lekarskich, że piastował godność prezesa Tow. lekarskiego lwowskiego, a ostatnio został przewodniczącym nowopowstałego Polskiego Tow. biologicznego. Był też członkiem redakcji Lwowskiego Tygodnika lekarskiego i pewien czas redaktorem Gazety

lekarskiej. Wydział lekarski warszawski oddał Mu dziekaństwo na rok bieżący.

Trudno się pogodzić z myślą, że życie to zgasło, że nić tej bogatej przędzy przerwała się, że myśl Jego twórcza usnęła na zawsze. »Chciałbym dać z siebie młodszym jak najwięcej, wszystko to, na co mię tylko stać« — pisał do mnie w jednym z ostatnich Swych listów. I w istocie dał wiele. Niechże ten żal głęboki i ból serdeczny, jaki w nas powstał, koi świadomość, że przykład Jego i bujne ziarno, zasiane Jego szczodrą dłonią, wyda w przyszłości plon obfity.

Witold Nowicki.

Prace oryginalne.

Prymarjusz Dr. Antoni KROKIEWICZ. Kraków.

Znaczenie odczynów serologicznych dla lekarza praktykującego.

(Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) Państwowego szpitala św. Łazarza w Krakowie).

Serodjagnostyka zyskała w ostatnich czasach rozległe zastosowanie, skoro chodzi o ustalenie rozpoznania a względnie także rokowania w chorobach zakaźnych. Nie ulega wątpliwości, iż wynik badania serologicznego jest częstokroć dla lekarza praktykującego wytyczną co do rozpoznania i leczenia choroby; wydarzają się jednak przypadki, w których rzecz inaczej się przedstawia. W ciągu dwudziestosześcioletniej mej działalności, jako prymarjusza na oddziale chorób wewnętrznych państwowego szpitala św. Łazarza w Krakowie, miałem sposobność nieraz to zauważyć. Toteż postanowiłem podzielić się na podstawie własnych spostrzeżeń i innych, zaczerpniętych z piśmiennictwa, z odnośnemi uwagami, o ile lekarz praktyczny może polegać na wynikach badania serologicznego.

I. Rozpoczynam od odczynu Wassermanna, który od roku 1906 święci tryumfalny pochód w świecie przy rozpoznawaniu i leczeniu kiły. Sam w r. 1908 wspólnie z Kramarzyńskim stosowałem na oddziale ten odczyn, zmodyfikowany według Dungerna *) u 8 chorych, dotkniętych niewątpliwie kilą, w przebiegu: porażenia postępowego, w kile mózgowo-rdzeniowej i wiądzie rdzenia, kile drugorzędnej i byłem zachwycony wynikiem badania. Ochłonąłem nieco, skoro w dwóch przypadkach gruźlicy ostrej u chorych w wieku 18 i 19 lat, zakończonych śmiertelnie, odczyn zmodyfikowany Wassermanna, na 6 tygodni przed śmiercią wykonany odczynnikami z tej samej serji, wypadł silnie dodatnio. W obu tych przypadkach przy oględzinach pośmiertnych w Zakładzie Anatomji patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego nie stwierdzono nigdzie zmian kiłowych, lecz tylko rozległe nacieki gruźlicze Laenneca w płucach obok rozsianych ognisk gruźliczych w innych narządach.

Na uwagę zasługują przypadki, spostrzegane na oddziale, w których wykonano klasyczny odczyn Wassermanna według ścisłej metody.

1. R. N. obywatel z Żołyni, 37 letni, przyjęty na oddział I. VI 1917 r. w stanie zamroczenia. Według wywiadów, zaczerpniętych od rodziny, chory miał doznawać od dziewięciu miesięcy bólów i utrudnionego chodzenia w nodze prawej; od kilku tygodni wystąpił u niego najpierw zupełny niedowład kończyny dolnej prawej a wkrótce potem kończyny górnej lewej. Silne bóle głowy, nieustające po środkach leczniczych i zamroczenie świadomości dopełniały całokształtu objawów chorobowych.

W dniu przyjęcia na oddział 1. VI. stan następujący: Budowa silna, odżywienie dobre. Ciepłota ciała 38,3° C. Gruczoły obwodowe nie powiększone. Narząd oddechowy bez zmian; ilość oddechów na minutę 28; oddechy regularne. Serce nieznacznie powiększone w wymiarze poprzecznym; drugi ton nad tętnicą główną dźwięczny; zresztą tony serca bez zmian. Tętno 140, regularne, miękkie. Język podsychający, ruchy języka utrudnione. Brzuch miernie wzdęty; w jelitach dość znaczna ilość kału. Wątroba i śledziona bez zmian. Inteligencja i samowiedza upośledzone; chory nie rozpoznaje dokładnie otoczenia najbliższego; na pytania odpowiada często z trudnością i bałamutnie. Mowa utrudniona, nieco skandująca; silne bóle głowy; zwrotne zesztywnienie źrenic; odruchy kolanowe upośledzone; odruch Babińskiego ujemny; porażenie zupełne kończyny dolnej prawej (stopa końsko-szpotawa) i niedowład kończyny górnej lewej; porażenie powieki górnej prawej (*lagophtalmus*); od czasu do czasu ruchy chwytne w kończynie górnej prawej; trudność połykania części stałych i płynnych; chory bezwiednie zanieczyszcza się moczem i kałem. Po 13-dniowym pobycie w szpitalu zejście śmiertelne w dniu 13. VI.

Przebieg chorobowy utrzymywał się wśród tych samych objawów. Ciepłota ciała wahała się od 38·3° C. do 39° C.; tętno wynosiło około 140 na minutę, a liczba oddechów od 28 do 48. W moczu ślad białka; w osadzie moczowym skąpe wałeczki ziarniste. Odczyn Wassermanna, wykonany na 4 dni przed śmiercią w pracowni szpitalnej oddziału chorób skórnych i wenerycznych (Prymarjusz Doc. Dr. Walter), wypadł zupełnie ujemnie. Mimo to rozpoznano na podstawie spostrzegania klinicznego kiłę mózgowo-rdzeniową (*lues cerebrospinalis*). Oględziny pośmiertne dokonane w Zakładzie Anatomji patologicznej U. J. potwierdziły rozpoznanie kliniczne, gdyż odnośny protokół sekcyjny opiewał: *meningo encephalitis luetica*.

2. L. N. 55-letni, em. sierżant żandarmerji z Brzozowa, przyjęty na oddział 5. VI. 1922 r. Według wywiadu doznaje od trzech lat wymiotów i bólów żołądka po zjedzeniu pokarmów, zaparcia stolca (co 4 dni stolec), stolce miały być niekiedy maziste. Przed 20 laty miał przebyć kiłę. W ostatnich czasach znaczne wychudnienie.

Stan chorego w dniu przyjęcia 5. VI.: Ogólne znaczne wynędznienie; skóra ziemista; spojówki gałkowe żółtawe; nieznaczny obrzęk stóp. Gruczoły obwodowe nie powiększone. W narządzie oddechowym miernego stopnia rozedma płuc i nieżyt oskrzelowy; liczba oddechów 20. Serce (opukowo) powiększone. Tony serca głuche; drugi ton nad tętnicą główną dźwięczny; tętno 68, regularne. Język wilgotny, lekko obłożony; ruchy języka prawidłowe. Brzuch znaczniej wysklepiony w okolicy podżebrza prawego; nieznaczne wzdęcie jelit gazami. W jamie brzusznej mierna ilość płynu wolnego. Wątroba bardzo znacznie powiększona, sięga do pępka, o powierzchni gładkiej, twarda, za uciskiem dość bolesna. Śledziona powiększona, macalna. Mocz winno-żółty, kwaśny, zawiera ślad białka a w osadzie liczne krwinki czerwone bez wałeczków. Bardzo znaczne ogólne osłabienie nie dozwoliło na przedsięwzięcie badania treści żołądka. Badanie stolca na krew utajoną wypadło ujemnie. Odczyn Wassermanna, wykonany 8. VI. w pracowni bakterjologicznej szpitalnej oddziału zakaźnego (Prym. Dr. Kostrzewski), dał wynik silnie dodatni.

W przypadku powyższym rozpoznanie za życia wahało się pomiędzy nowotworem wątroby a kilą wątroby. Silnie dodatni odczyn Wassermanna skłaniał do rozpoznania kiły, gdy przebieg kliniczny przemawiał raczej za nowotworem, — i wobec tej niepewności rozpoznanie za życia opiewało: *Tumor hepatis insignis in luetico Emphysema pulmonum. Endarteriitis aortica. Cachexia c. hydraemia.* Chory zmarł nagle 23. VI. z przestrachu, iż miał się poddać leczeniu salwarsanem, któremu się stanowczo opierał. Oględziny pośmiertne, dokonane w Zakładzie anatomji patologicznej U. J., wykazały:

Rozpoznanie anatomiczne: *Carcinoma renis d. Metastases hepatis et pulmonum. Emphysema pulmonum. Bronchitis catarrhalis diff. Hypertrophia ventriculi sinistri et dilatatio ventriculi dextri cordis. Cicatrices myocardii. Mesarteriitis luetica. Arteriosclerosis lev. gradus. Amyloidosis lienis et renum lev. gradus. Ascites. Anasarca pedum.*

Klatka piersiowa: W jamie opłucnej lewej wiotkie zrosty. W szczycie płuca lewego kilka drobnych ognisk zwapniałych. W górnej części płatu dolnego ognisko wielkości orzecha laskowego, bezpowietrzne, barwy białawo-różowej, miękkie; podobne ognisko w dolnej części płatu dolnego w płucu prawem. Serce na poprzek powiększone. Osierdzie prawie na całej powierzchni pozrastane z nasierdziem. Prawa komórka rozszerzona a ściana jej zgrubiała; ściana lewej komórki zgrubiała. Pośród mięśnia sercowego nieliczne ogniska bliznowate. Jama brzuszna zawiera około litra płynu przesiękowego, żółtawego. W okolicy nerki prawej guz wielkości głowy paroletniego dziecka, twardy, o powierzchni nierównej, pozrastany z tylną i boczną ścianą jamy brzusznej, z dolną powierzchnią wątroby; po przecięciu guza widoczne w nim tylko małe odcinki o budowie nerki; zresztą zaś guz na przekroju szaro-żółty, miejscami czerwonawy, galaretowaty. Nerka lewa - powiększona, twarda; na przekroju rysunek zatarty, istota korowa rozszerzona. Śledziona znacznie powiększona, twarda; na przekroju ciemno-czerwona. Wątroba powiększona, o torebce zgrubiałej, o powierzchni gładkiej; na przekroju barwy brunatno żółtej, o niewyraźnym rysunku. W dolnej części płatu lewego guz wielkości dużego orzecha włoskiego, na przekroju podobny do guza w nerce. Wśród miąższu wątrobowego kilka podobnych guzków wielkości orzecha laskowego. Pęcherzyk żółciowy niezmieniony. Badanie mikroskopowe guza nerki wykazuje obraz raka; w śledzionie i w nerce obraz amyloidu.

Rozpatrując powyższe przypadki, musimy zauważyć, iż w pierwszym, wbrew przebiegowi klinicznemu charakterystycznemu dla kiły mózgowo-rdzeniowej i rozpoznaniu anatomicznemu tejże, odczyn Wassermanna wypadł zupełnie ujemnie, podczas gdy w drugim przypadku, w którym stwierdzono na stole sekcyjnym obok zmian kiłowych w układzie krążenia

*) Odczynniki sprowadzono z pracowni Mercka w Darmstadzie.

rozległy nowotwór nerki prawej z przerzutami w wątrobie i płucach, odczyn Wassermanna silnie dodatni wyłączył sprawę nowotworową, za którą głównie przemawiał przebieg spostrzegania klinicznego, a wysunął na plan pierwszy proces kiłowy. Przypadek ten dowodzi, że proces rakowy w ustroju nie hamuje zdolności klaczkowania surowicy kiłowej, a tem samem nie może wyłączyć obecności raka u chorego z przebytą kiłą.

3. Sch. E. aptekarz, lat 48; przyjęty na oddział 5. II. 1923 r. Według wywiadów zauważył od trzech miesięcy znaczne wychudnienie i obrzęki, najpierw w zakresie jamy brzusznej, a następnie na kończynach dolnych. Chory nadużywał alkoholu; od czasu do czasu cierpiał już od dzieciństwa na napady padaczki; kiły nie przebywał. Badanie w dniu przyjęcia wykazało: Ciepłota ciała 38·3° C.; ogólne znaczne charłactwo; obrzęki w jamach wewnętrznych i w tkance podskórnej kończyn dolnych; znaczne osłabienie mięśnia sercowego; uciskowe zmiany w płucach z powodu przesięku w jamach opłucnych; wątroba znacznie powiększona, o powierzchni nierównej, guzowatej, dość bolesna przy ucisku; nie powiększona śledziona; w jamie brzusznej płyn obfity, mętnawy, z domieszką krwi; w moczu barwiki żółciowe w nieznacznej ilości. Chory w przeciągu 13 dni spostrzegania klinicznego z początku przez 5 dni gorączkował o typie zwalniającym od 38·4° C do 37·5° C., a potem aż pod koniec życia okazywał ciepłotę poniżej 37·5° C. Rozwolnienie (8 stolców dziennie), wybroczyny nieliczne na powłokach brzusznych, nieznaczna żółtaczka na skórze, oraz większe osłabienie i ogólna puchlina dopełniały obrazu chorobowego. Zejście śmiertelne nastąpiło wśród ogólnego wyniszczenia w dniu 18. II. 1923 r. Badanie krwi na odczyn Wassermanna, przedsięwzięte w pracowni bakterjologicznej szpitalnej (Prym. Doc. Dr. Kostrzewski) w dniu 10. II., dało wynik wątpliwy, a powtórnie w d iu 17. II. (z dwoma antygenami) silnie dodatni. Mimo to rozpoznanie kliniczne opiewało: *Neoplasma hepatis. Peritonitis neoplasmatica. Cachexia insignis c. hydraemia. Icterus levis.*

Oględziny pośmiertne dokonane w Zakładzie Anatomji patologicznej U. J. w dniu 19. II. stwierdziły:

Rozpoznanie anatomiczne: *Haemangiomata multiplicia hepatis et cirrhosis hepatis. Haemangiomata lienis. Bronchopneumonia circumscripta lobi inferioris pulmonis sin. Atelectasis pulmonum completa ex hydrothorace. Atrophia fusca myocardii. Arteriosclerosis a. coronariae cordis. Ascites. Anasarca. Icterus. Cachexia.*

Jama brzuszna zawiera kilka litrów płynu nieco mętnawego. Otrzewna przyćmiona. Ułożenie trzew prawidłowe. Śledziona mała; torebka jej pomarszczona. Na powierzchni śledziony sterczą dwa guzy wielkości orzecha włoskiego, na przekroju ciemno-czerwone, miękkie, w postaci torbieli o własnych gładkich ścianach; zresztą miąższ śledzionowy bez zmian. Wątroba bardzo znacznie powiększona, o powierzchni guzowatej; na przekroju o wejrzeniu pstrem. Guzy zabarwione są ciemno-sino, miękkie, miejscami zawierają skrzepy krwawe. Inne części wątroby przedstawiają grube pasma nieregularne, żółtawo zabarwione, twarde, a prócz tego widoczne są ogniska miąższu wątrobowego o wyraźnym rysunku zrazikowym, w obwodowych częściach żółtawe.

Wątroba, badana drobnowidowo, wykazuje nieznaczne zatarcie budowy zrazikowej. Wśród miąższu widoczne bardzo liczne jamki, wypełnione czerwonemi i białemi krwinkami oraz nitkami włóknika. Obok tego widać szerokie pasma tkanki łącznej dość zbitej, włóknistej, wśród której znajdują się gdzieniegdzie wysepki komórek wątrobowych, uciśniętych, zanikających. Naczynia krwionośne porozszerzane. Przewody żółciowe rozszerzone, wypełnione żółcią. Badanie guzów śledziony wykazało jamy dość duże, wypełnione czerwonemi i białemi krwinkami oraz siatką włóknika.

4. W czwartym przypadku z praktyki prywatnej u urzędnika 35-letniego, podejrzanego o kiłę, krew badana w przeciągu dwóch tygodni w trzech pracowniach kompetentnych (dwóch pracowniach w Krakowie i na klinice chorób skórnych i wenerycznych Prof. Fingera w Wiedniu) wykazała raz silnie dodatni odczyn Wassermanna, a dwa razy (Kraków i Wiedeń) zupełnie ujemny.

Wyniki doświadczeń z odczynem Wassermanna w zastosowaniu do medycyny praktycznej przedstawiają się na podstawie odnośnego piśmiennictwa różnorodnie. F r e u d e n b e r g w Berlinie przyznaje, że odczyn Wassermanna stanowi niewątpliwie znaczny postęp w medycynie ze stanowiska naukowego i praktycznego. Wydarzać się jednak mogą pomyłki, które zniewalają zachować ze względu na wynik odczynu ostrożność i ocenę krytyczną, jak o tem pouczają dwa przypadki spostrzegane w jego prywatnej klinice chirurgiczno-urologicznej.

Pierwszy przypadek dotyczy 41-letniego urzędnika bankowego, który w roku 1897 przebył dwukrotnie leczenie wcieraniami i wyżył 500 gr. jodku potasu. W roku 1908 silne bóle głowy; odczyn Wassermanna 19. I. 1909 »zupełnie ujemny«. Wobec niepewności, czy odczyn ten został należycie wykonany, powtórzono badanie w dniu 2. IV. 1909 r. w pracowni wskazanej przez Wassermanna, w której dokonano już ponad 6.000 odnośnych badań ze znaną ścisłością. Wynik badania był dodatni. W dniu 10. XI. zjawił się ów chory z wybitną kiłą układu nerwowego. Wówczas F r e u d e n b e r g pobrał sam krew od chorego w dniu 11. IX. 1909 r. do trzech wyjałowionych próbówek (krew spływała z tej samej kaniuli do próbówek) i przesłał równocześnie do zbadania do trzech różnych pracowni (jednę próbę do pracowni, w której już poprzednio otrzymano wynik dodatni (B) — drugą do pracowni, do której sam Wassermann do kontroli posyłał (C) — a trzecią do pracowni szpitala miejskiego (D). Wynik odczynu Wassermanna w jednej i tej samej krwi był z dwóch pracowni »dodatni«, a z trzeciej »ujemny«. Rzecz uwydatnia się jasno w tabelce dołączonej, w której oznaczone są odnośne pracownie literami A., B., C., D., przyczem przy pracowniach, odznaczających się ścisłością badania, dodano znak wykrzyknika.

	A	B!	C!	D!
19. I. 1909	—			
2. IV. 1909		+		
11. XI. 1909		+	+	—

W przypadku tym w dwóch pracowniach otrzymano niewątpliwie mylny ujemny wynik odczynu. Pomimo to F r e u d e n b e r g nie przypisuje temu przypadkowi większego znaczenia, gdyż właśnie co do kompetencji obydwóch badających, którzy otrzymali ujemne wyniki, nic pewnego nie może wypowiedzieć, a wyniki ich mylne były ujemne.

O wiele ważniejszy jest drugi przypadek.

17-letni Francuz zgłosił się w jego prywatnej klinice w dniu 19. X. 1909 r. Przed 17. dniami spółkował. Obecny stan: Znaczny obrzęk zapalny napletka, z pod którego wydostaje się gęsta ropa. Po przecięciu napletka (20. X.) stwierdzono na żołędzi kilka owrzodzeń miękkich. Kilkakrotne badanie wydzieliny na krętki S c h a u d i n n a było ujemne. Przy zastosowaniu zrazu natrium sozojodolicum a następnie maści lapisowej z balsamem peruwiańskim zupełne wyleczenie w dniu 6. XI. Rtęci nie stosowano wcale. Przez 8 miesięcy od czasu zachorowania chory zupełnie zdrów.

Odczyn Wassermanna wykonany 26. X. w pracowni B! (pewnej co do ścisłości badania) »silnie dodatni«, a dokonany 29. X. w pracowni C! »zupełnie ujemny«. Wobec tego F r e u d e n b e r g upuścił krew temu choremu dnia 4. XI. i rozdzielił ją do czterech próbówek wyjałowionych i przesłał równocześnie do czterech pracowni tj. B. C. D. (poprzednio znanych) i do znanego instytutu lekarskiego rozpoznawczego, oznaczonego w odnośnej tabelce literą E! Wynik był d w a r a z y u j e m n y, r a z w ą t p l i w y (prawdopodobnie ujemny), r a z s i l n i e d o d a t n i

	B!	C!	D!	E!
26. X. 1909	+			
29. X. 1909		—		
4. XI. 1909	±	+	—	—

Tabelka ta nie tylko jest pouczająca przy rozpatrywaniu jej w kierunku od strony lewej na prawą, ale i od góry na dół.

Wykazuje ona, ż e b a d a j ą c y o t r z y m a l i z j e d n ą i t ą s a m ą k r w i ą n i e t y l k o r ó ż n e w y n i k i, ale ż e o b y d w i e p r a c o w n i e, w k t ó r y c h d o k o n a n o b a d a n i a n a o d c z y n W a s s e r m a n n a u t e g o s a m e g o c h o r e g o w o d s t ę p i e k i l k u d n i, w y d a ł y r ó ż n e w y n i k i (pomiędzy temi pracownia, uważana przez Wassermanna za bardzo pewną i ścisłą), i ż e t e m y l n e w y n i k i b y ł y d o d a t n i e.

Słusznie utrzymuje F r e u d e n b e r g, iż przypadek ten jest o wiele ważniejszy, niż pierwszy, ze stanowiska praktycznego. W pierwszym przypadku chory nie był prawie narażony na szkodę; w drugim przypadku mogła wyniknąć znaczna szkoda dla chorego, gdyby F r e u d e n b e r g był się oparł jedynie na wyniku dodatnim odczynu Wassermanna, wykonanym za pierwszym razem, nie uwzględniając przebiegu klinicznego, i to szkoda zarówno dla chorego, jak i dla nauki. Dla chorego o tyle, iż młodemu człowiekowi na całe

życie zostałoby narzucone mylne rozpoznanie kiły, a dla nauki, o ile natychmiast zastosowane energiczne leczenie przeciwkiłowe odniosłoby naturalnie świetny skutek. Brak wystąpienia wszelkich objawów wtórorzędnych odniesionoby do niepotrzebnie i mylnie wczesnego leczenia przeciwkiłowego, a nie do fałszywego rozpoznania, dzięki dodatniemu odczynowi Wassermanna. A w razie zakażenia się chorego w przyszłości rzeczywiście kiłą, uważanoby ten przypadek jako wtórne zakażenie (reinfectio) po kile, poprzednio rzekomo zupełnie wyleczonej.

Freudenberg ogłaszając powyższe przypadki, nie zamierza występować przeciw wartości odczynu Wassermanna. Czyni on to jedynie dlatego, iż właściwem mu się wydaje, na podstawie tych dwóch przypadków, przestrzec lekarzy, aby byli ostrożnymi co do rozpoznawania sprawy chorobowej jedynie tylko z wyniku odczynu Wassermanna, jak również co do wyboru odpowiedniej kompetentnej pracowni, której badania powierzają. Przestrzega on też lekarzy przed zbyt wielkiem zaufaniem do tego odczynu na podstawie zarządzenia jednorazowego tylko badania, a kolegów badających do wydawania wyników, jakie przesyłają. Freudenberg uważa za rzecz pożądaną, aby do badania używano nie tylko różnych wyciągów z wątroby kiłowej, lecz aby dopiero wówczas odczyn uważano za pewny, skoro przynajmniej dwóch badających tę samą krew, niezależnie od siebie, otrzyma ten sam wynik. Niewłaściwem wydaje się Freudenbergowi, aby wobec jednorazowego wyniku odczynu Wassermanna nie uwzględnić rozpoznania, opartego na przebiegu klinicznym choroby.

Według Roemhelda korzyść odczynu Wassermanna dla lekarza praktycznego, o ile chodzi o rozpoznanie w przypadkach wątpliwych, jest mała. Roemheld niejednokrotnie posyłał krew tych samych chorych w celu zbadania do dwóch odrębnych pracowni bakterjologicznych, w których wykonywano badanie ściśle według oryginalnej metody Wassermanna i otrzymywał częstokroć wprost przeciwne wyniki. Roemheld przestrzega też lekarzy praktycznych, aby opierali rozpoznanie jedynie tylko na wyniku odczynu Wassermanna, zarówno dodatnim, jak i ujemnym. Należy zawsze uwzględnić, iż odczyn Wassermanna stanowi tylko cenny środek pomocniczy i ogniwo w łańcuchu objawów klinicznych, na których jednak głównie należy budować rozpoznanie i leczenie choroby.

Według Meirowsky'ego z Kolonji metoda badania na odczyn Wassermanna napotyka na trudności dlatego, iż niektóre surowice, które pierwotnie dają wynik ujemny, przy dalszem powtórnem badaniu oddziałują dodatnio, i na odwrót surowice dodatnie przy dalszem badaniu oddziałują raz ujemnie, a potem znów dodatnio. Te surowice zwie Meirowsky surowicami nieobliczalnemi (paradoxe Seren). To też dla celów praktycznych należy uwzględnić, co następuje:

1. Wynik odczynu Wassermanna zależy nie tylko od zawartości składników odczynowych w surowicy, ale i od nieznanych właściwości każdego pojedyńczego odczynnika, użytego do badania (wyciągu, krwi jagnięcia, dopełniacza, niweczników), tak dalece, że ta sama surowica przy pierwszem badaniu oddziałuje ujemnie, a przy następnem drugiem badaniu dodatnio i naodwrót. Stąd wynika, iż przy obecnym sposobie badania nie jest możliwe, aby ilościowo oznaczyć siłę składników odczynowych i określić »jak silnie« lub »jak słabo« są dodatnie.

2. Dla celów praktycznych byłoby wskazane, aby podzielić surowice na trzy grupy tj.: a) na surowice ze stałą zawartością składników odczynowych (ze stałym dodatnim odczynem); b) na surowice o chwiejnej zawartości tychże (nie obliczalne, t. z. paradoxe Seren, ze zmiennym wynikiem odczynu); c) na surowice, w których nie można wykazać zawartości składników odczynowych. Wpływ leczenia musiałby się ujawniać przemianą grupy I. na grupę II. i III.

3. Ponieważ najlepszy wyciąg wywołuje niekiedy zahamowanie nieswoiste, przeto odczyn Wassermanna wówczas może być uważany za dodatni, skoro z kilkoma wyciągami i daje zupełne zahamowanie.

4. Odczyn wtedy tylko można uważać za ujemny, skoro ta sama surowica przy kilkakrotnych powtórnych badaniach oddziałuje ujemnie.

5. Przy surowicach nieobliczalnych (paradoxe Seren) miarodajny dla ustalenia rozpoznania i leczenia jest odczyn dodatni.

6. Za wątpliwy należy uważać odczyn naówczas, skoro przy powtórnem badaniu okazuje połowicze zahamowanie. Bardzo często odczyn wątpliwy przy następnem badaniu staje się ujemnym lub dodatnim.

Epstein, kierownik pracowni bakterjologicznej w szpitalu Rudolfa we Wiedniu, nie uważa odczynu Wassermanna za ściśle swoisty z tego względu, iż nie jest on, jak to z początku utrzymywał Wassermann, nastawiony pierwotnie na jad kiłowy. Według Epsteina odczyn Wassermanna wykazuje raczej, co jest tego samego znaczenia dla medycyny praktycznej, charakterystyczną zmianę w surowicy krwi, która została wywołana przez proces czynny kiłowy. Chodzi tu o zwiększenie zdolności kłaczkowanie w surowicy krwi, która przemijająco może się pojawiać i przy innych chorobach zakaźnych, jak n. p. w durze plamistym. Ta zdolność kłaczkowania surowicy chorych kiłowych jest zjawiskiem fizycznem, które może być wywołane przez rozmaite odczynniki n. p. przez dolanie wody przekroplonej (odczyn Klausnera). Na podstawie doświadczeń kłaczkowanie w surowicy krwi przy odczynie Wassermanna powstaje też przez dodanie wyciągu lipoidów, n. p. wyciągu wyskokowego z serca bydlęcego. Jest to nawet zasługą Landsteinera (Wiedeń), który wykazał, iż te nieswoiste wyciągi lipoidowe z prawidłowych serc zwierząt przewyższają znacznie co do pewności i stałości wyciągi z kiłowej wątroby płodu, polecane przez Wassermanna.

Zdolność kłaczkowania surowicy syfilitycznej przy zachowaniu ścisłem warunków doświadczalnych jest tak dalece charakterystyczna dla kiły, iż zrozumiałą jest rzeczą, dlaczego odczyn Wassermanna zyskał w świecie tak szerokie zastosowanie. Jednakże technika przy wykonywaniu odczynu wymaga skomplikowanego aparatu i wielkiej ścisłości i sumienności. Do wykonania większej ilości badań oprócz wyszkolonego i sumiennego personalu potrzeba rozporządzać za każdym razem odpowiednią ilością pewnych kiłowych i pewnych nie kiłowych (normalnych) surowic dla równocześnie możliwych porównań kontrolnych. Na podstawie badań przeszło 20.000 przypadków, dokonanych w pracowni bakterjologicznej w szpitalu Rudolfa we Wiedniu i prywatnej swej pracowni w przeciągu 11 lat, podaje Epstein następujące wyniki: Surowice chorych wolnych od kiły w zasadzie oddziaływują ujemnie; nieliczne wyjątki w przebiegu trądu, duru osutkowego, płonicy i w ciężkiej gruźlicy. Dok. nast.

Dr. Tadeusz FALKIEWICZ, asyst. kliniki Lwów.

Przypadek akromegalji powikłanej jamistością rdzenia *).

Z Ambulatorjum kliniki chorób nerwowych Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Dyr. Prof. Dr. H. Halban.

Stanisław G., lat 18, syn zarobnika, zgłosił się 1. grudnia 1922 r. do tut. ambulatorjum z powodu niemożności wykonywania jakiejkolwiek pracy swą prawą ręką. Podawał on, że od roku mniejwięcej zauważył, że traci coraz więcej siłę i sprawność w tej kończynie. W tym samym czasie zauważył zmniejszenie się oka prawego, a od pół roku skrzywienie kręgosłupa. Podaje, że od kilku lat grubieją mu dłonie i stopy, tak, że musiał nosić większe buty, aniżeli jego ojciec. Nie pije, mało pali, popęd płciowy dotąd nierozbudzony.

Stan obecny: Chory 160 cm wysoki, budowa kośćca silna, kości grube, mięśnie dobrze rozwinięte z wyjątkiem małych mięśni ręki prawej. Uderza całkowity brak uwłosienia pod pachami i charakterystyczne dla typu kobiecego uwłosienie na wzgórku łonowym. Skóra twarzy śluzowato obrzękła. Gruczoł tarczykowy bardzo słabo macalny. W narządach wewnętrznych

*) Przedstawiony na posiedzeniu Tow. lek. we Lwowie dnia 26. I. 1923.

brak zmian. Kilkakrotne badanie krwi wykazało na przeciętną ilość białych ciałek krwi 7000 — eozynochłonnych 3,2%—4,5%. W kale żadnych jaj pasorzytów. Odczyn Wassermanna ujemny.

Czaszka dolichocefaliczna, w obwodzie 58 cm. Szczęka dolna wysunięta ku przodowi, tak, iż zęby dolne przy zgryzie wystają przed górne. Prawa szpara powiekowa węższa niż lewa, nadto gałka oczna po tej stronie jest głębiej usadowiona w oczodole. Źrenica prawa węższa niż lewa, na światło i akomodację obie dobrze oddziaływują, natomiast przy zaciemnieniu prawa rozszerza się minimalnie, lewa zupełnie dobrze; ruchy gałek ocznych dobre, dno oka bez zmian, pole widzenia nie zmniejszone, również inne nerwy mózgowe zmian nie wykazują. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje znaczne zgrubienie kości czaszki. Kręgosłup w obrębie części piersiowej jest wypuklony ku tyłowi i stronie prawej.

Uderzający jest niestosunek kończyn do wzrostu chorego. Ręce, a zwłaszcza nogi są powiększone, zgrubiałe, dłonie i stopy tacowate i sine. Kończyny górne niestosunkowo długie, sięgają około 5 cm powyżej rzepki. Szerokość ramion rozpiętych 176 cm. Długość ramienia 32 cm, przedramienia (od olecranon do końca palca średniego) 45 cm.

Obwód ramienia prawego 25 i 1/2 cm, obwód ramienia lewego 26, obwód pięści obustronnie 30, obwód kłębu palca wielkiego lewego 14, obwód kłębu palca wielkiego prawego 11, obwód palca wskazującego obustronnie 8, obwód palca środkowego obustronnie 8 i 1/2 cm.

Długość pierwszego członu pierwszego palca lewego wynosi 5 cm, prawego 5,3 cm, obwód przedramienia tuż powyżej przegubu lewego 19 cm, prawego 18 cm. Długość uda po obu stronach 44 cm, podudzia (od główki kości strzałkowej do kostki zewnętrznej) wynosi 37 cm. Obwód stopy na wysokości metatarsi obustronnie 28.4 cm, obwód palucha na falandze paznokciowej obustronnie 10.3 cm, długość falangi paznokciowej obustronnie 4.5 cm.

Obok tych zmian w kośćcu stwierdza się na prawej ręce zanik małych mięśni, zwłaszcza w obrębie kłębu palca wielkiego; ręka szponowata, palce jej, zgięte w ostatnich dwóch członach, są w stawie śródręczo-palcowym w hyperekstenzji, kciuk jest w odwodzie, dłoń cała zaś płaska. Chory z trudnością prostuje palce, przyczem to ustawienie w hyperekstenzji występuje jeszcze wybitniej. Zgina palce dobrze. Opozycja palca V i I jest prawie niemożliwa, tak samo ab- i ad- dukcja palców. Siła motoryczna przy ściskaniu ręki jest bardzo mała, tak samo przy zgięciu i prostowaniu w stawie nadgarstkowym. Zginanie i prostowanie ramienia dobre, niema też tu zaników; czasem przez podrażnienie mięśni, przez miesienie, można wywołać drżenia włókienkowe. Czucie bolu, ciepła i zimna na tej kończynie od dolnej trzeciej części przedramienia ku obwodowi słabnie, tak, że na palcach prawie całkiem jest zniesione. Czucie dotyku w tym obrębie bez zmian. Badanie elektryczne w zakresie kończyny prawej górnej: Mięśnie ramienia i przedramienia oddziałują na prąd normalnie. Mięśnie zaś małe ręki wykazują na prąd galwaniczny odczyn leniwy, przyczem skurcz przy zamknięciu katody jest większy, niż przy zamknięciu anody.

Odruchy brzuszne są słabe i tylko dolne dają się wywołać. Odruchy mosznowe obustronnie zachowane. Siła motoryczna kończyn dolnych dobra. Odruchy kolanowe i ze ścięgien Achillesa żwawe. Obustronnie Babiński dodatni, może po stronie prawej nieco wyraźniejszy, niż po lewej. W czasie pobytu na klinice wewnętrznej do 9. I. 1923 stan niezmieniony.

Powolny rozwój choroby, oraz takie objawy, jak porażenie sympatyczne prawostronne (ptosis, miosis, enophtalmus), następnie skrzywienie kręgosłupa, zaniki mięśni małych prawej kończyny górnej wraz z zaburzeniami czucia, wystarczają w zupełności na rozpoznanie jamistości rdzenia o typie szyjnym według Schlesingera, przyczem obustronny objaw Babińskiego świadczy o przejściu procesu anatomicznego na szlaki piramidowe sznurów bocznych.

Obok tych zmian, które się zupełnie mieszczą w ramach jamistości rdzenia, jest szereg objawów innych, których przynależność do tego cierpienia nie jest stałem zjawiskiem, a mianowicie powiększenie rąk i nóg *(cheiro-i podomegalja)*, a nadto inne, zupełnie nienależące do jamistości rdzenia, jak prognatyzm i zgrubienie kości czaszkowych, jak również obrzęk śluzowaty skóry twarzy, brak popędu płciowego i kobiecy typ uwłosienia.

Cheiro- i podomegalja zdarzają się w jamistości rdzenia i mogą dojść do takich rozmiarów, że nieraz należy przeprowadzić różniczkowe rozpoznanie między tą chorobą a akromegalją. Przed tego rodzaju omyłkami rozpoznawczemi przestrzega w swej wyczerpującej monografji Schlesinger [1]). Autor ten podaje krótko najważniejsze różnice między syringomyelją a akromegalją. Gdy w akromegalji powiększenie kośćca nie ogranicza się nigdy do jednej lub dwóch tylko kończyn, to w jamistości rdzenia jest powiększenie tylko jednej lub co najwyżej dwóch kończyn. Powiększenie to przy akromegalji jest następstwem równomiernego rozrostu członków powiększonej kończyny, (proporcja w dysproporcji — Marie), w jamistości rdzenia natomiast palce, zwłaszcza rąk, są zniekształcone, często w przykurczach, poszczególne członki palców często zgrubiałe, a rozrost na szerokość jest większy, niż na długość. Zgrubienie kości, jakie mamy w akromegalji, dotyczy równomiernie całego szkieletu ręki, nadto brak tutaj zaników mięśniowych jak też i zmian czuciowych, podczas gdy w jamistości mamy niektóre kości nadmiernie zgrubiałe, gdy inne są albo w daleko mniejszym stopniu albo wcale niezmienione, prawie zawsze stwierdza się zaniki mięśniowe i zaburzenia czucia.

Otóż w naszym przypadku powiększenie kończyn dotyczy równomiernie wszystkich czterech kończyn, nie mamy tu przykurczy, zniekształceń, ani, wyjąwszy prawą rękę, żadnych zaników mięśniowych, ani zaburzeń czucia. Przemawia to przeciw przynależności tych zmian do jamistości w myśl powyższych uwag Schlesingera. Nadto zgrubienie nosa i warg, wyraźny prognatyzm oraz znaczne zgrubienie kości czaszkowych, jakie wykazało zdjęcie rentgenowskie u naszego chorego, są już zmianami charakterystycznemi dla akromegalji. Natomiast brak pewnych objawów, które zwykle towarzyszą akromegalji, a mianowicie: nie można w naszym przypadku stwierdzić rozszerzenia siodełka tureckiego, również badanie dna oka i wzroku nie dają powodów do przyjęcia guza w okolicy przysadki. Aczkolwiek objawy te są bardzo cenne przy rozpoznawaniu akromegalji, to jednak znane są przypadki akromegalji bez objawów guza przysadki; Petren [2]) wylicza w swej pracy szereg przypadków akromegalji, niektóre sekcyjne, bez guza przysadki (Linsmayer, Dallemagne, Bonardi, Filipello, Levis, Roy i Froin, Widal itd.), oraz przytacza własne przypadki. Z drugiej znowuż strony wylicza Mingazzini [3]) przypadki guza przysadki bez akromegalji, opisane przez Stierlinga, Reinhardt-Ludwiga, Nettelshipa, Faltę, oraz przedstawia jeden własny. Tak więc brak klinicznych objawów, wskazujących na guz przysadki, nie wyklucza rozpoznania akromegalji względnie zaburzeń we funkcji tego gruczołu.

Inne objawy, jak obrzęk śluzowaty skóry twarzy, atypowe uwłosienie i brak popędu płciowego, raczej przemawiałyby może za wielogruczolowem zaburzeniem, lecz wiemy, że i one towarzyszą bardzo często akromegalji. Anders i Jameson [4]) oceniają ilość przypadków akromegalji z zaburzeniami w czynności gruczołu tarczykowego i to najczęściej z obniżeniem czynności tego gruczołu na 33%.

Przypadek nasz przedstawia się zatem, jak następuje: u chorego z niewątpliwemi objawami jamistości rdzenia uderza zgrubienie obwodowych części wszystkich czterech kończyn, zgrubiały nos i wargi, wyraźny prognatyzm, zgrubienie kości czaszki, śluzowaty obrzęk twarzy, atypowe uwłosienie, apatja i senność, brak popędu płciowego, miernego stopnia eozynofilja. Przerost wszystkich czterech kończyn, prognatyzm, który przy jamistości się nie zdarza, a nadto następne objawy usprawiedliwiają w naszym przypadku rozpoznanie akromegalji, a wobec objawów typowych dla jamistości, jak zespół objawów Hornera, zmiany zanikowe i czuciowe na prawej kończynie górnej, uzasadnione jest przyjęcie powikłania akromegalji jamistością rdzenia. Chodziłoby jeszcze tylko o wyjaśnienie chronologicznych stosunków w naszym przypadku. Otóż z wywiadów wiemy, że u chorego najpierw wystąpiło powiększenie obwodowych części kończyn, prognatyzm, zgrubienie nosa i warg, a dopiero w kilka lat później niedowład prawej ręki, zespół Hornera

[1]) Schlesinger. Die Syringomyelie. Leipzig. Wien 1902.

[2]) Petren. Syringomyelie u. Akromegalie. Virch. Archiv. 190.

[3]) Mingazzini. Beiträge zum Studium der Hypophysengeschwülste. Deutsch. Zeitschr. f. d. Nervenheilkunde 66.

[4]) Anders u. Jameson. Die Beziehung der Acromegalie zu Kranheiten der Schilddrüse (Ref.) Zentratbl. f. d. Neurol. 29.

itd. Tak więc należy przyjąć, że tutaj pierwotną sprawą była prawdopodobnie akromegalja, do czego następnie przyłączyły się objawy jamistości rdzenia.

Pytanie, jakie się każdemu nasuwa przy rozpoznaniu dwóch odmiennych schorzeń u jednego i tego samego osobnika, opiewa: czy i w jakim związku pozostają obie choroby do siebie. Schlesinger mówi w swej monografji, że wogóle nie są mu znane połączenia jamistości z prawdziwą akromegalją. Przypadki zaś ogłaszane jako jamistość rdzenia z akromegalją, jak przypadek Petersona, Holschewnikoffa i innych autorów, uważa on, jak i Marie, tylko za jamistość rdzenia. Tymczasem Petren[5]) opisał przypadek, który za życia bezsprzecznie mógł być rozpoznany jako akromegalja, a u którego dopiero podczas sekcji stwierdzono zmiany w rdzeniu naokoło kanału środkowego, wskazujące na jamistość. Dotyczyły one głównie odcinków piersiowych (czem sobie można tłumaczyć to, że za życia nie można się było domyślić schorzenia rdzenia), przedstawiały się jako bujanie komórek ependymy przedewszystkiem naokoło kanału środkowego, dochodzące jednak i do rogów przednich. Równolegle zaś z tem stwierdził on bujanie tkanki łącznej i zgrubienia naczyń. Nigdzie bujania gleji. Przytacza on autorów, którzy opisywali podobne zmiany w rdzeniu bez gliozy jako syringomyelję (Jofroy i Achard, Thomas i Hauser i i.). Oprócz tego wylicza Petren analogiczne przypadki syringomyelji z akromegalją Schultza, Colliera, Bassi'ego, Cesaris-Demela. Dimitz[6]) przedstawił przypadek jamistości z objawami wskazującemi na zaburzenia w czynności przysadki, Leupold[7]) zaś opisuje przypadek jamistości, w którym na sekcji stwierdzono powiększenie części nerwowej przysadki, na pograniczu zaś obu części gruczołu nagromadzenie komórek eozynofilnych. Okazuje się więc, że kombinacje tych dwóch chorób się zdarzają, a nadto, co zdaje się być ważniejsze, kombinacje te nie są odosobnione; są one za częste, by przyjmować li tylko przypadkowy zbieg okoliczności.

Jak dotąd, przyjmujemy, że przysadka mózgowa względnie jej płat przedni, warunkuje wzrost systemu kostnego i części miękkich ustroju, a nadmierna czynność tego płatu (najczęściej jako gruczolak z komórek eozynochłonnych) powoduje patologiczny rozrost tych części. Nie wdaję się w tem miejscu w roztrząsanie sprawy tych wszystkich licznych przypadków akromegalji bez guza i przeciwnie guza przysadki bez akromegalji. Wiele przemawia jednak za tem, że tak w *adipositas hypogenitalis*, jak prawdopodobnie także w akromegalji odgrywają ważną rolę, prócz przysadki, także ośrodki nerwowe na podstawie mózgu (Erdheim, Aschner, Camus i Roussy, Claude i Lhermitte i i. [8], [9], [10]). Leschke[11]) powiada wprost, że przerost płatu przedniego przysadki pociąga za sobą osłabienie, a nawet wygaśnięcie całkowite popędu płciowego, tylko dlatego, że mechanicznie uciska na okolicę hypothalamus, gdzie ma się mieścić ośrodek wzwodowy. Z autorów zaś francuskich przedewszystkiem Lereboulet, Mouzon i Catala[10], [12]) uważają okolicę trzeciej komory wraz z przysadką i nasadą za te ośrodki, które odgrywają dominującą rolę przy regulacji wzrostu człowieka oraz jego rozwoju płciowego. Przypadki Vigouroux'a i Delmas'a[10]) każą nam powątpiewać w jedyną rolę przysadki przy infantilismus. Wspomnieć wreszcie muszę o starem zapatrywaniu Recklinghausena[13]) na akromegalję, który uważa to schorzenie za następstwo zaburzenia układu nerwowego, i Bremera[10]) z nowszych czasów, który przychyla się do zapatrywania, że raczej ucisk guza przysadki na podstawę mózgu jest przyczyną akromegalji, aniżeli zaburzenie w wydzielaniu wewnętrznem samej przysadki. Jakkolwiek zatem na podstawie dotychczasowych danych nie możemy całkiem odrzucić związku między przysadką a temi schorzeniami, to z drugiej strony brak objawów guza przysadki przy innych objawach klinicznych akromegalji nie wyklucza tego rozpoznania.

Otóż, jak wspomniałem, pewne zmiany patologiczne w przysadce pociągają za sobą nadmierny rozrost tak układu kostnego, jak i części miękkich. Wiemy dalej, że splanchnomegalja wprost należy do obrazu akromegalji. Petren przy sekcji swych przypadków akromegalji stwierdził także w rdzeniu, naokoło kanału środkowego bujanie komórek ependymy i równoległe do tego wybujanie tkanki łącznej wraz ze zgrubieniami dokoła naczyń. Być może, że gdybyśmy wszystkie sekcjonowane przypadki akromegalji poddawali dokładnemu badaniu mikroskopowemu, to może w układzie nerwowym wszystkich tych przypadków znaleźlibyśmy takie zmiany (przynajmniej w zaczątku), jak je znachodził Petren. Czy to bujanie tkanki łącznej jest reakcją na rozrost komórek ependymy, czy też oba procesy są równorzędne, nie da się rozstrzygnąć (Petren); najważniejszym wydaje mi się być stwierdzony fakt wybujania tkanki łącznej, gdyż ten już może wytłumaczyć nam powstanie jamistości rdzenia.

Zestawiając akromegalję i jamistość rdzenia nasuwają się pewne analogje; oto tak przy jednej jak i przy drugiej (myślę o przypadkach t. zw. czystej akromegalji i jamistości rdzenia) występują stosunkowo równie często skrzywienie kręgosłupa jako garb lub garb ze skrzywieniem bocznem kręgosłupa, tudzież cheiro- lub też podomegalja. W obu chorobach obie zmiany uchodzą, wedle dzisiejszych zapatrywań, za zmiany odżywcze. Jeśli nie znamy dokładnie mechanizmu powstawania tych zmian odżywczych w obu schorzeniach, to jednak jest prawdopodobne, że w obu przypadkach mogą w pewnych razach zaistnieć zupełnie analogiczne warunki dla powstania identycznych zmian. I te właśnie przypadki są pomostem między akromegalją czystą, a czystą syringomyelją i na tle tych przypadków można zrozumieć możliwość kombinacji obu schorzeń, które nie wydają się być rzadkie; z drugiej strony można zrozumieć możliwość pomyłek rozpoznawczych, przed któremi przestrzegają zarówno znawcy akromegalji, jak i jamistości rdzenia (Sternberg, Schlesinger).

Do tych objawów przyrody odżywczej, które zdarzać się mogą zarówno w jamistości jak i w akromegalji, należy także opisana przez Cassirera sinica przewlekła kończyn z przerostem części miękkich (*akroasphyxia chronica hypertrophica*), którą autor ten uważa za samoistną jednostkę chorobową, mogącą wystąpić niezależnie od obchodzących nas dwóch schorzeń. Casirer[14]) podkreśla, że ścisłe odgraniczenie przewlekłej sinicy od jamistości rdzenia natrafia często na trudności, i że właśnie przewlekła sinica jest tem ogniwem zbliżającem do siebie schorzenia o charakterze nerwic naczynio-ruchowo-odżywczych i schorzenia organiczne, przedewszystkiem zaś jamistość rdzenia. Z drugiej strony stara się Cassirer oddzielić sinicę z przerostem części miękkich od akromegalji. Oeconomakis[15]), który uznaje sinicę przewlekłą jako oddzielną jednostkę chorobową, opisuje kombinację akromegalji z sinicą przewlekłą wraz z przerostem i przyjmuje, że ta ostatnia może być objawem akromegalji, i w tych razach uważa on za podstawę anatomiczną dla sinicy z przerostem bujanie neurogljі w obrębie ośrodków naczynioruchowych.

Także w naszym przypadku mamy zbiór objawów, które odpowiadają jednostce chorobowej opisanej przez Cassirera, a mianowicie obok powiększenia kończyn stale utrzymującą się sinicę tychże. Przypadek nasz stanowi zatem dalsze ogniwo między akromegalją z zaburzeniami odżywcze-

[5]) Petren. l. c. i Beiträge zur patholog. Anat. u. zur Pathogenese der Syringomyelie. Virch. Arch. 196. 1909.

[6]) Dimitz. Syring. mit hypophysären Symptomen (Ref.) Zeitschr. f. d. Neurol. u. Psych. Refer. 10.

[7]) Leupold. Ein Beitrag zur Kenntnis der Syring. Zieglers Beiträge 65. 1919.

[8]) Berblinger. Die genitale Dystroph. Virch. Arch. 228.

[9]) Miller. Dystrophia adip. gen. Virch. Arch. 236.

[10]) Camus et Roussy. Les syndromes hypoph. Revue neur. XXIX. 1922.

[11]) Leschke. Zwischenhirn u. Genitale (Ref.) Zentr. f. d. Neurol. 25.

[12]) Lereboulet. Infantilisme dit hypoph. par tumeur du troisieme ventricule (Ref.) Zentrbl. f. d. Neur. 26. 1921.

[13]) Recklinghausen. Ueber die Akromegalie u. s. w. Virch. Arch. 119. 1890.

[14]) Cassirer. Die vasomotorisch trophischen Neurosen. Berlin 1912.

[15]) Oeconomakis. Akroasphyxia chronica u. Akromegalie. Neurol. Centrbl. Nr. 14. 1917.

mi a nerwicami naczynio-ruchowo-odżywczemi i jamistością i przemawia za możliwością kombinacji akromegalji z jamistością rdzenia.

Z praktyki.

Dr. Olgierd KRUKOWSKI. Lwów.

Wyleczony przypadek zgorzeli sromu.

(Z oddz. chor. zak. państw. szpit. we Lwowie; prym. Dr. Arnold).

W ciągu ostatnich lat czternastu na naszym oddziale zakaźnym leczono ogółem 5 przypadków zgorzeli sromu; w tej liczbie dwa u osób dorosłych. Przypadki te wystąpiły jako powikłania duru brzusznego lub odry i, oprócz ostatniego, wszystkie skończyły się śmiercią.

Przypadek ostatni, wyleczony, miał przebieg następujący.

L. 7826, Kazimiera K., dziewczynka 16-o miesięczna, pochodzi z przytułku dla sierot. W zakładzie dziecko przeszło odrę, po której wystąpiły powikłania ze strony płuc, jamy ustnej i zewnętrznych narządów płciowych. Z powodu tych powikłań oddano chorą do szpitalika dziecięcego św. Zofi.

26 maja 1923. stan następujący: Odżywienie mierne. Ostra conjunctivitis i blepharitis. Błony śluzowe i powłoki skórne blade z odcieniem sinawym. Na błonie śluzowej jamy ustnej rozległe pleśniawki. Skóra warg sromowych większych, w całej swej przestrzeni, jako też skóra fałdu pachwinowego prawego uległa zgorzeli o przykrej, silnej woni. W płucach rozległa bronchopneumonia, przeważnie prawostronna.

Dziecko pozostaje na oddziale przez sześć dni i przez ten czas stale gorączkuje: 37,6—39,4. W tym czasie na tejsamej sali przebywało czasowo inne dziecko, chore na błonicę krtani, które, po stwierdzeniu choroby, śpiesznie zostało usunięte. Po pewnym czasie u Kazimiery K. występują pierwsze objawy zwężenia krtani, które się szybko powiększają tak, że już 2 czerwca, chora z silną chrypką zostaje przeniesiona na oddział zakaźny, jako podejrzana o błonicę.

Badania wydzieliny krtani, drobnowidowe i przez posiew na surowicy Loefflera, wykonane na oddziale zakaźnym, wykazały obecność laseczników błonicy, gronkowców i paciorkowców. Wobec tego dziecko dostało 3000. jednostek wysokowartościowej surowicy przeciwbłoniczej Madsena, śródmięśniowo. Objawy ze strony krtani początkowo, w ciągu 40 godzin, występują bardzo ostro, następnie zaś łagodnieją i w ciągu trzech tygodni stopniowo zupełnie zanikają.

Jama ustna przedstawia wyżej już zaznaczone zmiany chorobowe. Zmiany w płucach przechodzą z prawej strony na lewą, obejmując rozległe przestrzenie. Tętno przyśpieszone, nierówne, o słabem napięciu.

Zmiany zgorzelinowe, początkowo obejmujące wargi sromowe większe na całej przestrzeni, poczynając od łechtaczki, i prawe fałdy pachwinowe, przesuwają się na wewnętrzną stronę prawego uda w górnej jego części, na przestrzeni dwuch palców dorosłego człowieka, tworząc jedną czarną, cuchnącą masę. W związku z temi zmianami występuje znaczny upadek sił i ogólny zanik tkanek miękkich, dziecię traci na wadze i niknie w oczach. Stan gorączkowy w tym czasie stale się utrzymuje: 37,2—38,5.

Po upływie tygodnia cała ta zgorzelinowa masa zaczyna się odgraniczać od sąsiedztwa normalnego i po upływie jeszcze dni ośmiu następuje zupełne oddzielenie się jej, z obnażeniem głębszych warstw tkanin, na udzie mięśni i obok przechodzących żył. Następuje powolne oczyszczenie się rany i ogólna poprawa zdrowia. Młoda ziarnina zjawia się dopiero po dłuższym czasie. Zmiany w płucach utrzymują się uporczywie, przeważnie z lewej strony. Jama ustna stopniowo się oczyszcza. Wreszcie dziecko przestaje gorączkować i zaczyna przybywać na wadze: z 4500 gr. na 7300 (w ciągu ostatniego miesiąca leczenia).

Okres zdrowienia trwa miesią e. Powoli wytwarzają się rozległe blizny na miejscu zmian zgorzelinowych.

Mimo niekorzystnych warunków wychowawczych, które przedstawia przytułek dla sierot, ustrój dziecka zwyciężył cały kompleks schorzeń (morbilli, soor, diphteritis, bronchopneumonia, gangraena vulvae). Leczenie, swoiste i objawowe, trafiło w danym przypadku na odpowiednią glebę.

Przypadek ten jest ciekawy jako fakt wyleczenia ciężkiej zgorzeli sromu u 16-sto miesięcznego niedostatecznie odżywionego i wycieńczonego dziecka. Zaznaczyć trzeba, że błonicze pochodzenie zakażenia w danym przypadku należy stanowczo wykluczyć, o swoistem więc działaniu zastosowanej surowicy nie może być mowy.

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Presse médicale.

Nr. 46. 1923.

Th. Jonnesco. **Przecięcie nerwu współczulnego w przebiegu dusznicy bolesnej.** Autor od 1896 r. u dwustu blizko chorych, przecinał nerw współczulny, z obydwóch stron, często wycinając również pierwszy zwój piersiowy. Do zabiegu tego niema żadnych przeciwwskazań, albowiem: 1) nerw współczulny zawiera wszystkie włókna czuciowe, idące od serca i tętnicy głównej, wbrew zdaniu niektórych autorów, utrzymujących, że włókna takie przechodzą i przez nerw błędny; 2) wpływ n. współczulnego na rozszerzenie naczyń wieńcowych serca jest problematyczny; większość autorów sądzi, że n. błędny odgrywa znacznie większą rolę w danym wypadku; 3) zniesienie działania n. zwężających naczynia płucne nie ma żadnego wpływu na powstawanie obrzęku płuc; 4) żadne doświadczenie fizjologiczne nie stwierdza z pewnością, czy po przecięciu n. współczulnego zwierzęta mają zmniejszoną kurczliwość m. sercowego i czy to nie wpływa na jego wydolność. Autor operował epileptyków, chorych na Basedowa, migrenę i dusznicę bolesną. Chorych tych obserwował po 5—10—15 a nawet po 24 latach po zabiegu i nie stwierdził u nich żadnych zaburzeń ani ze strony serca, ani też w tętnicy głównej. Dwie chore epileptyczki, operowane w wieku 15 i 17 lat, ponownie badane po 25 latach po zabiegu, okazały się zupełnie zdrowemi, matkami 6 i 7 dzieci i nie mającemi żadnych dolegliwości sercowych. U 3 chorych na dusznicę bolesną, u których autor dokonał bądź to przecięcia n. współczulnego lewostronnego lub też obustronnego, stwierdzono wyzdrowienie. Autor nie wahał się dokonać tego zabiegu, który uważa za zupełnie łatwy, aczkolwiek przecięcie n. współczulnego u zwierząt wywołuje bardzo znaczne zaburzenia troficzne. Przecięcie korzonków tylnych lub nerwów rdzeniowych jest zabiegiem znacznie trudniejszym od przecięcia n. współczulnego w odcinku szyjowo-piersiowym i daje znacznie gorsze wyniki. Doskonałe wyniki otrzymane zapomocą zabiegu względnie łatwego zachęcają do wykonywania go we wszystkich cięższych przypadkach dusznicy bolesnej.

Nr. 48. 1923.

F. Heim, E. Agasse-Lafont i A. Feil. **Znaczenie esencji terpentynowej w zatruciu zawodowem malarzy.** Użycie do wewnątrz przypadkowe lub doświadczalne esencji terpentynowej wywołuje mniej lub więcej poważne objawy chorobowe zwłaszcza w układzie sercowo nerkowym, jako to: zapalenie nerek, krwiomocz, wzmożenie ciśnienia. Autor zadaje pytanie, czy wdychanie esencji, podczas pracy przez malarzy, może wywołać też wymienione schorzenia. Malarze używają zazwyczaj mieszaniny esencji terpentynowej i soli ołowiu. Należy stwierdzić, który z tych składników jest szkodliwy. Ma to znaczenie bardzo doniosłe dla higjeny zawodowej. Autor zbadał 35 robotników malarzy, wśród których 21 nigdy nie używało soli ołowiu; 14 natomiast posługiwało się dawniej ołowiem, od lat kilku zaś zastąpili go solami cynku. U malarzy tych badano nerki, układ krwionośny, krew i inne narządy.

W pierwszej grupie (nie używających nigdy soli ołowiowych) autor nie znalazł żadnych uchyleń od normy poza pewnemi nieznacznemi objawami, jak bóle i zawroty głowy, wzmożona pobudliwość nerwowa, które to objawy ustępują na świeżem powietrzu.

Natomiast w grupie 14 robotników, którzy w swoim czasie posługiwali się solami ołowiu stwierdzono: u 2 znaczny białkomocz, u 2 ciśnienie tętnicze powyżej 180 mm. Objawy inne: zawroty, bóle głowy, istnieją i u nich. Autorzy doszli do przekonania, że ujemny wpływ esencji terpentynowej nie daje porównać się z wpływem soli ołowiu, którym należy wyłącznie lub prawie wyłącznie przypisać schorzenia zawodowe, spotykane u malarzy.

Sprawy zawodowe.

Protokół z posiedzenia Zarządu Lwowskiej Izby lekarskiej z dnia 18. lipca 1923.

Obecni: Przewodniczący dr. Papée, dr. Kuhn, dr. Moszkowicz, dr. Pisek, dr. Walichiewicz, dr. Doliński Eug. i dr. Zadurowicz. Po odczytaniu protokołu odmówiono prośbie firmy Freudenheim co do reasumcji poprzedniej uchwały w sprawie stosunku dra Ł. do firmy. Przyjęto do wiadomości sprawozdanie dra Zadurowicza co do pomyślnego załatwienia wypłaty poborów lekarzowi okręgowemu. Dr. Moszkowicz referuje sprawę obowiązkowego wpisania do Kasy chorych lekarzy wszystkich członków Izby. Po przeprowadzeniu dyskusji uchwalono zwrócić się do Naczelnej Izby lek. z prośbą o zatwierdzenie uchwały Rady z 25. II. br. a jako regulamin Kasy uznać statut dotychczasowej Kasy ze zmianami, które ze względu na przeistoczenie instytucji okażą się koniecznemi. Dalej postanowiono, by Kasa rozpoczęła swoje czynności w nowym swym charakterze od 1. stycznia 1924 i by dotychczasowy Zarząd pełnił czynności do końca roku, z prawem kooptacji członków, o ile tego zajdzie potrzeba.

Regulamin Izby i Zarządu uchwalono przesłać Naczelnej Izbie do zatwierdzenia po przyjęciu rozdziału, odnoszącego się do Sądu Izby, przez wybraną w tym celu komisję. Podanie o przeniesienie apteki we Lwowie załatwiono przychylnie. Odmówiono drowi B. uwolnienia od opłaty izbowej. Uchwalono ogłaszać w krótkiem streszczeniu protokoły z posiedzeń Zarządu Izby.

Zarząd Lwowskiej Izby lekarskiej uchwalił na posiedzeniu w d. 7. września, ze względu na dewaluację marki, **dodatek do opłaty** za IV. kwartał w kwocie 25.000 mp.

W wykonaniu tej uchwały zawiadamiamy, że wymieniony dodatek należy uiścić do dn. 1. listopada br. Zalegający z zapłatą po upływie tego terminu winni będą zapłacić 40.000 mp.

Ze względu na znaczne koszta pocztowe, połączone z wysyłką wezwań, lekarze zamieszkali we Lwowie zechcą uiścić bez osobnego wezwania dodatek za IV. kwartał osobiście w biurze Izby (Lindego 5); lekarze zamiejscowi zaś za pośrednictwem czeków P. K. O., które im zostaną doręczone.

We Lwowie 14. września 1923.

Prezydjum Izby lekarskiej.

Izba Lekarska Lubelska.

Rada Izby Lekarskiej Lubelskiej, obradując w dniach 8 i 9 września 1923., uchwaliła co następuje:

1) Opracowywany od pewnego czasu regulamin Izby zaaprobowano w ostatecznej formie z poleceniem przekazania go do zatwierdzenia Naczelnej Izbie.

2) Do art. 43. regulaminu opracowano i zatwierdzono komentarz, ustalający poszczególne punkty wymagań etycznych, uznanych przez Izbę.

3) Zaaprobowano przedstawiony przez Skarbnika projekt budżetu na rok bieżący, w związku z czem ustalono: a) Wkładkę roczną członkowską w wysokości odpowiadającej 6 złp., z obowiązkiem wpłacenia w markach polskich całości wkładki do dnia 1. grudnia r. b. (P. K. O. Konto czekowe Izby Lekarskiej Lubelskiej Nr. 101051); b) na rok 1923, poczynając od daty uchwały, ustalono pokrycie kosztów świadczeń na dobro Izby przez zwrot kosztów biletu kolejowego II-klasy w pociągu osobowym. W roku 1924. uchwała ta winna być poddana rewizji.

4) Dr. Mieczysława Glińskiego z Nałęczowa wybrano jako kandydata od Izby Lekarskiej Lubelskiej do Państwowej Rady dla spraw uzdrowisk.

5) Uchwalono zwrócić się do Naczelnej Izby Lekarskiej o inicjatywę w zaprojektowaniu i zorganizowaniu jednej instytucji wzajemnej pomocy, obowiązującej wszystkich lekarzy Państwa Polskiego.

6) Celem większego poznania i zbliżenia się ugrupowań członków Izby Lekarskiej Lubelskiej, uzależnionych od trzech województw w skład Izby wchodzących, uchwalono zasadę odbywania od czasu do czasu zebrań Rady Izby w rozmaitych miejscowościach poszczególnych Województw. Wobec tego ustalono odbycie najbliższego posiedzenia Rady dnia 9. grudnia b. r. w Brześciu n. Bugiem.

7) W sprawie niektórych pożądanych zmian w ustawie o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich uchwalono przedłożyć Naczelnej Izbie do dyspozycji i rozwagi następujące postulaty: a) Naczelnik Izby, dla nadania mu możliwego autorytetu i powagi w Izbie, winien być wybierany przez Radę a nie przez Zarząd. b) Naczelnik Izby dla ciągłości prac Izby w ciągu trzech lat kadencji Rady niema podlegać wylosowaniu (art. 22). c) Przy wyborach na członków Rady winno się głosować na liczbę nazwisk w dwójnasób większą od liczby wybieranych członków Rady, a to celem uzyskania większej ilości głosów dla zastępców członków Rady. Przy obecnym stanie rzeczy, im większa jednomyślność w wyborach, tem mniejszą ilością głosów wchodzą zastępcy.

8) Ustalono maksymalne normy opłat za świadczenia lekarskie.

9) Uchwalono zwrócić się z odezwą do Sejmików o konieczność udziału stanu lekarskiego w decyzjach przy obsadzaniu szpitalnych stanowisk lekarskich. Pisarz, członek Zarządu: Dr. *Jaworski*. Naczelnik Izby: Dr. *Modrzewski*.

Od Administracji.

Koszta druku i papieru tak niesłychanie wzrosły począwszy od sierpnia b. r., że dotychczasowa opłata za pismo nasze nie jest w żadnym stosunku do kosztu wydawnictwa, bo nawet nie pokrywa kosztu samego papieru. Dlatego też dla demonstracji przeciw tym zupełnie nieuzasadnionym zwyżkom oraz dla uchronienia się od jeszcze większego niedoboru wydajemy podobnie, jak szereg pism zagranicznych, niniejszy numer zmniejszony i w miejsce dwóch numerów na poczet trzeciego kwartału.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Nadzwyczajny profesor dr. Teofil Z a l e w s k i został mianowany zwyczajnym profesorem otolaryngologji.

Docent dr. Zdzisław S t e u s i n g został mianowany profesorem nadzwyczajnym higjeny.

Krynica.

Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy urządziło 15. września br. w sali balowej Domu zdrojowego celem uczczenia przeszło 30-letniej dodatniej i chwalebnej działalności w Krynicy kolegów: Dr. Juljana Aronsohna, Dr. Maksymiljana Cerchy, Dr. Franciszka Kmietowicza i Dr. Leona Kopffa, uroczyste posiedzenie z następującym programem: 1) Przemówienie Przewodniczącego. 2) Wykład prof. Dr. O. Nadolskiego p. t: »O źródłach mineralnych krynickich«.

Warszawa.

P o g r z e b ś. p. prof. H o r n o w s k i e g o odbył się we czwartek dnia 13 bm. Po odprawieniu uroczystego nabożeństwa w kościele Trzech Krzyży udał sie pochód żałobny przed Uniwersytet, gdzie rektor w otoczeniu dziekanów wszystkich Wydziałów pożegnał Zmarłego imieniem Wszechnicy. Przy udziale grona profesorów, wielkiej rzeszy studentów i publiczności zdążał pochód na cmentarz, gdzie nad trumną nieodżałowanego uczonego, profesora i kolegi wygłosil słowa ostatniego pożegnania imieniem Warszawskiego Wydziału lek. prodziekan prof. Michałowicz, Akademji nauk lekarskich prof. Bądzyński, Tow. lek. warszawskiego, Wydziałów lekarskich krakowskiego i poznańskiego prof. Gluziński, Wydziału lekarskiego lwowskiego dziekan prof. Nowicki, Tow. biologicznego prof. Sosnowski, personalu zakładu anatomji patologicznej i współpracowników doc. Paszkiewicz i wreszcie przedstawiciel młodzieży. Ze słów wszystkich mowców przebijał się głęboki żal i uczucie niepowetowanej straty, jaką poniósł w przedwcześnie Zmarłym świat naukowy polski.

Ze świata.

W Berlinie odbędą się w październiku d o r o c z n e k u r s a d l a l e k a r z y. Wyjaśnień udziela »Geschäftstelle der Dozentenvereinigung« Berlin N. W. 6. Luisenplatz 2—4.
